インフルエンザ
予防接種

事前予約制

特別価格で実施します

通常 ~~¥4,400~~ 税込

特別価格 ¥4,000 税込

※ワクチンの価格高騰により、今年は¥4,000とさせていただきます。

接種期間

～2025年1月31日(金)まで

予防接種の期間を延長します

※ワクチンの在庫がなくなり次第終了となります。

注意事項 ご確認ください

▶接種受付日時

期間中の**平日のみ、9時～10時**および**16時～17時**の時間帯に、**看護師によるワクチン接種を基本**とさせていただきます。

▶接種対象の方

原則中学生以上の方。当院のかかりつけ患者様は**通常の外来受診時に同時接種が可能です**、診察の際にお申し付けください。
昨年当院にて接種を受けた中学生未満の皆様につきましては、上記の枠外でご予約を承りますので、**お電話でご予約**ください。中学生以下は保護者の付き添いが必要です。

東振協契約保険組合に加入されている方へ

『利用券』をご利用の方は、必ず印刷の上ご持参ください。
¥4,000から利用券に記載された補助額を差し引いた金額が自己負担になります。
詳しくは、東振協ホームページをご覧ください。

受診の際に窓口でもお申し込みいただけます、ご不明な点がございましたら、お電話でお問い合わせください。

▶WEB予約（24時間受付）

コチラをクリック⬇

https://cmg-fureai.reserve.ne.jp/sp/index.php?

▶電話予約・お問い合わせ

050-5526-5400

受付 09:00～12:00／14:00～17:00 日・祝 休診

お願い

可能な方は、次ページの予診票を印刷いただき、必要事項を記入の上、接種当日お持ちください。予診票は次ページ⬇

コンパスメディカルグループ
ふれあいの丘
内科 内視鏡 健診
クリニック

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

No

*接種希望の方へ ： 太ワク内を記入・□にレ点(クリック)して下さい。
*お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

診察前の体温: ℃

住　所	〒		
フリガナ		性　別	男　・　女
氏　名		生年月日	年　月　日（　歳）
代理人の氏名（続柄）	（　）	連絡先（接種者本人）	－　－

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	□ はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。	いいえ（　）回目	□ はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	□ いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名） 薬をのんでいますか □はい □ いいえ	□ いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい（病名）	□ いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	はい（病名）	□ いいえ	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	□ いいえ	
8. 今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	はい　回ぐらい 最後は　歳頃	□ いいえ	
9. 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい（薬または食品の名前）	□ いいえ	
10. これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい　歳頃 □ 現在治療中　□ 治療していない	□ いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	はい（予防接種名・症状）	□ いいえ	
12. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい（病名・症状）	□ いいえ	
13. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名・症状）	□ いいえ	
14. （女性の方に）現在妊娠していますか。	□ はい	□ いいえ	
15. （接種を受けられる方がお子さんの場合）分娩時,出生時,乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい(具体的に)	□ いいえ	
16. その他健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄　　**医師の署名又は記名捺印**

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）

本人の署名（もしくは保護者の署名）

（※自著できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄＿＿＿＿＿＿）

使用ワクチン名	インフルエンザHAワクチン	用法・用量	医療機関・接種日時
Lot.No		皮下接種 □0.5 mL（3歳以上） □0.25mL（6か月以上3歳未満）	医療法人社団CMG　ふれあいの丘内科内視鏡健診クリニック
備考			接種日時 ： 令和　年　月　日　時　分

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

（説明文）

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザ感染を予防し、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがありますが通常は2～3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、通常は2～3日で消失します。過敏症として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、呼吸困難など）、(2)急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、(3)ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）、(4)けいれん（熱性けいれんを含む）、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)血管炎（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等）、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、(12)ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。なお健康被害（入院が必要な程度の疾病や傷害など）が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人　医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

[予防接種を受けることができない人]

1. 明らかに発熱のある人（37.5℃を超える人）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
   なお、他の医薬品投与を受けてアナフィ ラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

[予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなければならない人]

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. カゼのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんがあらわれたり、体に異常をきたしたことのある人
6. 今までにけいれんを起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患のある人

[ワクチン接種後の注意]

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。